

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

641

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques TOUATI

Né le 15 janvier 1907 à Oran (Algérie)

A propos

**des Pneumonies prolongées simulant
la Tuberculose pulmonaire**

Président : M. ACHARD, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques TOUATI

Né le 15 janvier 1907 à Oran (Algérie)

A propos

**des Pneumonies prolongées simulant
la Tuberculose pulmonaire**

Président : M. ACHARD, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBÈRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENI.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurol. et Psychiâtrie.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne) . . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Patholog. chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Patholog. chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES Patholog. chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngol.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologiq.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathol. expérimentale.
 LEVEUF Patholog. chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Patholog. chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologiq.
 PETIT-DUTAILLIS . . . Patholog. chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Patholog. chirurgicale.
 RICHTET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÈNEQUE Patholog. chirurgicale.
 SEZARY Dermatol. et syphiligr.
 TROISIER Pathol. expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLÉRY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgic.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologiq.
 LEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 AUBERTIN Clinique médicale.
 BRULÉ Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.

MM

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 GUENIOT Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A M. LE PROFESSEUR ACHARD
Professeur de Clinique Médicale

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR CHARLES FLANDIN

Médecin de l'Hôpital Bichat

*Qui a été pour nous le Maître respecté,
qui nous a toujours guidé de ses précieux conseils. Qui nous a inspiré l'idée de cette thèse. Qu'il trouve ici l'hommage de notre respectueuse et profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A M. le Professeur CARNOT

A M. le Professeur HARTMANN

A M. le Docteur HALBRON

A M. le Professeur LENORMAND

A M. le Professeur LEREBoullet

A M. le Docteur TREMOliERES

A M. le Professeur COUVELAIRE

A M. le Docteur G. LABBEY

A M. le Docteur GUTMANN

À M. le Docteur FLANDIN

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NICE

A MES CAMARADES

INTERNES DES HOPITAUX DE NICE

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

A côté de la pneumonie typique, maladie cyclique à marche rapide et courte durant 7 à 8 jours en moyenne et terminée par une défervescence brusque, et une résolution rapide du foyer hépatisé, il existe des affections pulmonaires se présentant d'abord comme une pneumonie typique, mais qui s'en différencient par leur durée anormalement prolongée (deux à trois mois).

Ces pneumonies prolongées s'accompagnent de signes cliniques et radiologiques qui simulent à s'y méprendre la tuberculose pulmonaire.

On les observe aussi bien chez l'enfant, que chez l'adulte. De tels faits, sans être fréquents, sont loin d'être exceptionnels.

Ces pneumonies prolongées sont-elles dues à une virulence plus grande du pneumocoque, ou surviennent-elles chez des sujets dont le terrain favoriserait cette évolution particulièrement longue ou bien existerait-il parfois des modifications anatomo-pathologiques qui créeraient un terrain de culture particulièrement favorable à la végétation du pneumocoque ?

Il est difficile à l'heure actuelle de se prononcer d'une manière absolue.

En tous cas l'étude de tels faits est intéressante au point de vue biologique et pathogénique, car on est en droit de se demander pourquoi un même germe a une action pathogène aussi différente, dans des cas en apparence similaires.

Quand à l'intérêt diagnostique il est considérable, car la durée anormale de ces pneumonies, évoquant fatalement la pensée d'une tuberculose pulmonaire, peut conduire à un traitement qui serait inutile, sinon nuisible.

Après avoir exposé toute une série d'observations montrant la difficulté du diagnostic, tant au point de vue clinique qu'au point de vue radiologique, nous tâcherons de mettre en valeur les principaux signes en faveur de la nature pneumococcique de l'affection.

Quand au pronostic malgré le nettoyage clinique et radiologique des lésions on ne peut écarter complètement la crainte d'une évolution tuberculeuse ultérieure ; on a pu en effet voir survenir cette éventualité comme complication tardive, plusieurs mois après l'infection pneumococcique.

Nous n'envisagerons dans ce travail que les pneumonies à foyer unique.

HISTORIQUE

Les premiers travaux ayant trait à cette question remontent à 1834. A cette époque, Rillet et Barthez signalaient expressément l'existence de faits de cet ordre. En 1841, Grisolle ne considère la résolution lente que comme une phase de passage à l'état chronique. En 1882, Hynemat inspiré par Lépine pense que ce sont des lésions du système lymphatique qui constituent le facteur essentiel de la rétention des exsudats au sein des alvéoles et par suite de la lenteur de la résolution. Mais c'est M. G. Caussade qui un des premiers a signalé des affections pneumococciques, où l'on voit le pneumocoque de Talamon Franckel conserver sa virulence pendant des mois et il insiste déjà sur la confusion possible de ces affections avec la Tuberculose Pulmonaire. En 1889, il publie une observation avec M. Laubry.

En 1889, Roux rapporte l'observation d'une affection pulmonaire pneumococcique ayant duré un mois et demi et s'étant terminée par la guérison.

En 1903, Renon insiste sur la difficulté du dia-

gnostic entre ces affections et la Tuberculose. En 1905, Mlle Bourgeois dans sa thèse sur les pneumonies prolongées conclut également à la difficulté du diagnostic entre les 2 affections.

MM. Achard et Grenet publient une observation d'une pneumonie récidivante ayant duré 37 jours.

En 1913, MM. Caussade et Logre cherchent à établir les conditions qui permettent au pneumocoque dont la végétabilité est si éphémère et si fragile, de conserver longtemps son activité et sa virulence.

Brouardel rapporte aussi un cas de pneumonie prolongée ayant duré soixante jours chez un jeune homme de 27 ans.

En 1916, le Professeur Baylac dans son étude sur cette question conclut également à l'existence indéniable de pneumonies trainantes et prolongées s'accompagnant de signes graves et simulant la Tuberculose Pulmonaire. En 1923 le Professeur Le-reboullet et M. Gardère étudient cette question, dans le domaine de la Pathologie infantile.

Depuis d'autres études ont été faites sur cette question par MM. Roubier et Carrat, Krueger, Veillet, Louyot, Durand, Cathala chez l'enfant.

Plus récemment, de nombreuses discussions ont été soulevées à la Société Médicale des Hôpitaux

de Paris, par MM. Caussade, Léon Bernard et Maurice Lamy, Caïn, Duvoir, Rist, Ribadeau-Dumas et Ameuille.

C'est dans le service de M. le Docteur Flandin que nous avons observé le cas que nous rapportons et qui a inspiré notre modeste travail.

OBSERVATION I

(personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le Docteur Flandin)

M. Fl..., 58 ans, entre le 11 janvier 1934 à l'hôpital Bichat. Le 2 janvier il a été pris de frissonnements répétés, suivis d'un malaise intense. Rapidement il accusa un point de côté, assez mal localisé à la partie haute de l'hémithorax droit. La température prise le lendemain indique 40°. Dans les jours suivants la dyspnée est vive, une expectoration purulente, semble-t-il, est apparue.

La température s'est maintenue entre 39° et 40°

Le malade entre à l'hôpital au 9° jour de sa pneumopathie. La température est à 38°9, le pouls bat à 120, l'état général est mauvais.

Le malade est abattu, presque prostré, il existe du subictère des conjonctives, on note des traces discrètes de quelques vésicules d'herpès sur les lèvres*; la langue carminée n'est pas sèche.

A l'examen du thorax, on note de la matité des fosses sus et sous épineuses du côté droit. On perçoit dans ces mêmes régions et dans l'aisselle, de nombreux râles humides à très grosses bulles et un

souffle assez intense, mais non franchement tubaire ; dans l'aisselle existent des frottements.

L'examen du reste des poumons ne révèle que quelques râles ronflants et sibilants à gauche. L'expectoration, abondante, est faite de crachats purulents, verdâtres.

Par ailleurs on constate que le foie déborde de trois travers de doigt les fausses côtes.

Le subictère, l'hépatomégalie, la douleur à la pression des masses musculaires des mollets signent l'éthylisme chronique qu'avoue facilement le malade.

En outre, il existe un signe Argyll Robertson, de la leucoplâsie, un claquement du 2^e bruit au foyer aortique ; la réaction du B. W. s'est par la suite montré complètement positive.

En somme, le diagnostic le plus vraisemblable était celui de pneumonie du sommet chez un alcoolique.

Cependant l'amaigrissement du malade et surtout le syndrome physique, véritable gargouillement, entendu dans une zone étendue faisait évoquer l'hypothèse d'une tuberculose pulmonaire avec fonte caséuse.

Un examen des crachats montra qu'ils contenaient des pneumocoques en abondance, on ne trouve pas de B. K. ni à l'examen direct, ni après homogénéisation.

Les symptômes restèrent inchangés pendant cinq jours, la température oscillant entre 39° et 40°. Le malade reste abattu, dyspnéique avec une expectoration abondante et purulente.

Le syndrome physique était identique, souffle inspiratoire à timbre assez profond, gargouillement, retentissement métallique de la toux.

Le 14^e jour de la maladie la température tombe à 38°, mais l'état général ne se modifie pas, pas de crise urinaire.

Pendant un mois la température se maintient autour de 38°, cependant très lentement les signes d'auscultation régressent, le souffle est de moins en moins fort, les râles moins nombreux, moins humides.

L'état général s'améliore, l'amaigrissement cesse.

A plusieurs reprises l'examen de l'expectoration ne montrera pas de B. K.

Ce n'est que le 10 mars 1934, soit 2 mois après le début de sa pneumopathie que l'état général redevint satisfaisant.

ÉVOLUTION RADIOLOGIQUE

Le 15-1-34 le cliché radiographique montre dans la moitié inférieure du poumon droit une ombre très dense, homogène, vaste image triangulaire à sommet hilare dont le bord inférieur gagne horizontalement la paroi thoracique et le bord supérieur le sommet du poumon.

Le 22-1-34, l'ombre est moins homogène et notamment vers la partie inférieure du bloc pulmonaire, des zones plus claires apparaissent.

Le 31-1-34, un mois après le début de la maladie, l'image triangulaire a diminué d'étendue, mais est parsemée de taches volumineuses.

Le 8-2-34 l'ombre triangulaire est nettement en régression, celle-ci se fait des bords vers le centre.

Le 7-3-34, il ne persiste plus qu'une bande de sclérose inter-cleido hilare, et le vestige de la limite inférieure de l'ombre triangulaire sous forme d'une ombre foncée mais légèrement linéaire.

OBSERVATION II

(Personnelle)

M. Sal..., âgé de 35 ans, entre à l'hôpital parce qu'il tousse et crache beaucoup.

Le début de la maladie qui remonte à dix jours a été brutal, marqué par un frisson violent, un point de côté et une dyspnée vive, en même temps que sa température montait à 40°.

A l'examen il s'agit d'un malade dont l'état général s'est altéré, qui tousse, et expectore des crachats purulents. La température se maintient aux environs de 38°8. L'examen physique montre qu'il existe au sommet droit dans la région sous claviculaire, une matité franche et de nombreux râles bulleux éclatant après la toux.

La radiographie montre un aspect pommelé de champ droit. On pense à une lésion tuberculeuse mais les examens de crachats montrent qu'il n'y a pas de B.K. et on constate la présence de nombreux pneumocoques.

La résolution progressive met deux mois à se produire et l'état général est au bout de ce temps redevenu normal.

OBSERVATION III
(MM. Léon Bernard et Lamy)

MM. Léon Bernard et Lamy relatent le cas d'une malade âgée de 48 ans qui après un début de pneumonie typique, avec frisson violent, température à 40° et apparition d'herpès labial^o; présenta 18 jours après ce début, une température oscillante entre $37^{\circ}6$ et $39^{\circ}7$, sans que rien ne puisse l'expliquer. Vingt-cinq jours après le début, la courbe de température est encore irrégulière entre 37° et 38° , les signes physiques qui avaient été constatés au début de la maladie persistaient, c'est alors que cette malade leur était adressée par le médecin qui l'avait soignée, avec le diagnostic probable de tuberculose pulmonaire et suggérait en même temps l'institution d'un pneumothorax artificiel.

Examinée alors un mois après le début de la maladie elle était amaigrie, continuait de tousser, sa température oscillait entre $37^{\circ}5$ et $37^{\circ}9$ et elle présentait encore une matité franche et un souffle tubaire très fort, aussi typique que celui que l'on constate d'ordinaire dans une pneumonie à la période d'état : enfin après la toux quelques râles bulleux.

L'examen radioscopique et radiographique montrait une image assez nettement triangulaire à pointe hilare gauche et à base axillaire.

Le diagnostic de tuberculose pouvait légitimement être posé, toutefois M. Léon Bernard et M. Lamy ne le posèrent pas à cause du début initial, de la présence de signes physiques très importants et de l'image radiologique triangulaire. Ils rejetèrent toute intervention, et la malade guérit complètement. Quarante-cinq jours après le début, l'apyrexie était complète et les signes physiques avaient disparu. Une radiographie pratiquée deux mois après le début de l'affection montrait une image rigoureusement normale.

OBSERVATION IV

(MM. Léon Bernard et M. Lamy)

Cette observation a trait à un enfant de onze ans qui brutalement est pris d'une douleur violente de l'hémithorax gauche s'accompagnant de vomissements, et d'une température qui monte en flèche à 40°. Dans les jours suivants le tableau de pneumonie est typique. Température à 40°, dyspnée, toux, et à la base gauche des râles crépitants et un souffle tubaire.

Néanmoins, la défervescence ne se produit pas à la date prévue, et après une chute temporaire de la température au dessous de 37° , celle-ci remonte et persiste au voisinage de 38° pendant un mois. A cette époque l'apyrexie est complète mais la matité, le souffle et les râles persistent.

L'enfant est alors envoyé à l'hôpital Laennec avec le diagnostic de Tuberculose Pulmonaire.

Examiné alors 35 jours après le début de sa maladie, cet enfant est amaigri et on est frappé par l'existence à la base gauche d'un énorme souffle qui possède les caractères du souffle tubaire typique. La radiographie montre une image triangulaire, siégeant dans le 1/3 inférieur de l'hémithorax gauche à pointe hilare et dont la base est orientée en bas et en dehors.

Cette image triangulaire, jointe au début brutal et au souffle tubaire, font repousser le diagnostic de tuberculose et accepter celui de pneumonie à forme prolongée. Une confirmation de ce signe est d'ailleurs apportée par la constatation d'une cuti-réaction négative à la tuberculine.

Les signes physiques disparaissent complètement dans les semaines suivantes et trois mois après le début, l'examen clinique de l'enfant ne décèle plus aucune anomalie. Sur le film il persiste une opacité très discrète et très limitée.

OBSERVATION V
(M. E. Rist et Mlle Blanchy)

Il s'agit d'un malade âgé de 32 ans qui fait une pneumonie typique, et sévère. Le début a été brutal avec température à 40°, des courbatures, un point de côté et on note de l'herpès labial.

La défervescence se fait le 9^e jour de l'affection, mais la convalescence est atypique, le malade maigrit de 7 kgs. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire à début pneumonique est alors posé. L'examen clinique montre de la submatité et une diminution du murmure, des fosses sus et sous épineuses. La radioscopie montre alors, un mois après la défervescence, une opacité non homogène, constituée par la juxtaposition de taches d'inégales grandeurs. Sur un cliché l'aspect est celui d'une tuberculose macro-nodulaire à topographie lobaire supérieure **droite**.

Le diagnostic de tuberculose paraît exact ; une laryngite catharale prise pour une laryngite tuberculeuse survient et semble confirmer le diagnostic, on envisage et on est tout prêt de tenter un pneumothorax thérapeutique. Mais on hésite devant la négativité de plusieurs examens de crachats et de

vant un cliché radiographique qui ne montre aucune modification.

On conclut alors à une séquelle radiologique de pneumonie. Le malade quitte le service quatre mois après le début de l'affection, il n'a plus de fièvre, plus d'expectoration, il a repris du poids. Les radios prises à plusieurs mois de distance montrent un effacement progressif et incontestable, mais neuf mois après l'image n'est pas encore tout à fait normale. Les examens d'expectoration pratiqués ont toujours été négatifs.

OBSERVATION VI

(M. E. Rist et Mlle Blanchy)

Le diagnostic de pneumonie franche est posé chez une femme de 42 ans. L'évolution paraît confirmer ce diagnostic, toutefois la convalescence trainante inquiète la malade qui consulte son médecin. L'examen clinique ne montre aucune anomalie mais le cliché radiographique montre une opacité de la base droite constituée par des taches et des marbrures.

On pose alors le diagnostic de tuberculose lobaire inférieure droite en dépit de deux examens d'expectoration négatifs. Elle reçoit 6 gr. 50 de

chrysalbine. On refait une radiographie qui montre une régression de l'ombre radiologique et un nouveau cliché montre que cette ombre est en voie de disparition.

Les examens des crachats ont toujours été négatifs.

OBSERVATION VII

(G. Caussade)

M. G. Caussade relate une observation de spléno-pneumonie ayant duré trois mois.

Après un début insidieux marqué par une douleur thoracique légère, survient le 3^e jour une ascension thermique à 39°2-40°, s'accompagnant d'une dyspnée vive, de céphalalgie et d'insomnie.

L'examen révèle des signes liquidienrs qui sont attribués à une spléno-pneumonie. L'expectoration devient purulente, un mois après ce début et elle contient de nombreux pneumocoques virulents qui tuent la souris en 18 heures. Par contre ils ne contiennent pas de B. K. Après une courte rémission une nouvelle poussée thermique se produit avec en même temps un renforcement des signes de condensation. L'expectoration est tantôt spumeuse, mousseuse, tantôt verdâtre, elle contient toujours

des pneumocoques virulents et pas de B. K. même par inoculation au cobaye.

A la fin du 2^e mois les signes physiques diminuent.

Au début du 3^e mois a lieu une nouvelle recrudescence, les crachats sont muqueux ou muco-purulents, aérés, ils contiennent toujours des pneumocoques virulents et pas de B. K..

Enfin, à la fin du 4^e mois, tous les signes physiques ont disparu dans les 2 poumons. La guérison est définitive, les crachats contiennent toujours des pneumocoques.

OBSERVATION VIII

(G. Caussade)

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 31 ans, indemne de tout passé pathologique qui fait une première cortico pleurite droite qui guérit en 3 semaines.

Après sa convalescence qui dure un mois, éclate une nouvelle cortico-pleurite qui débute brusquement par une douleur thoracique violente et par un herpès labial très abondant. Les crachats sont muqueux, spumeux, contenant à peu près exclusivement des pneumocoques, les crachats ne contien-

nent pas de B. K. ; l'inoculation au cobaye est négative.

L'évolution aiguë dure quatre semaines. Il persiste un reliquat caractérisé par des adhérences pleurales et un sommet droit voilé. Neuf mois après se déclare une bacillose pulmonaire, lobite supérieure droite développée dans la région même des précédentes cortico-pleurite; une excavation évolue rapidement. Les crachats contiennent de nombreux bacilles de Koch. La malade refuse un pneumothorax. La mort se produit 3 mois après.

OBSERVATION IX

(MM. Duvoir, Pollet et Couder)

Un malade âgé de 42 ans entre à l'hôpital pour un syndrome pulmonaire aigu, ressemblant à la pneumonie franche, mais c'est le 3^e épisode d'une affection qui dure depuis 6 mois.

Tous les examens de crachats ont été négatifs, on n'a jamais trouvé de B. K.

Le malade est fatigué, amaigri, l'examen révèle un syndrome pneumonique typique du lobe inférieur droit avec souffle tubaire. L'expectoration est gommeuse, rouillée, contenant de nombreux pneumocoques. On trouve le herpès labial.

Tous les antécédents font penser à la Bacillose, mais à trois reprises différentes, l'examen des crachats est négatif, on n'y trouve pas de B. K. Après une semaine la crise se produit.

Toutefois des radios pratiqués à ce moment révèlent la présence de pommelures qui occupent le champ pulmonaire droit. On refait de nouveaux examens des crachats, toujours négatifs, l'inoculation au cobaye est aussi négative.

Le malade sort de l'hôpital complètement remis, la radio montre une sclérose pulmonaire, consécutive à 3 pneumonies.

OBSERVATION X

(P. Carrat)

Il s'agit d'un malade de 71 ans qui fait une pneumonie de la région sous mamelonnaire droite et dont la température et les signes généraux disparaissent dans les délais normaux, mais le souffle tubaire persiste pendant un mois.

La radiographie montrait la présence d'une ombre en bande à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur du champ pulmonaire droit. Cette image fréquente dans la pneumonie de l'adulte persista trois mois 1/2 alors que les signes d'auscultation avaient disparu. L'auteur attribue cette lenteur de

résolution de la maladie à l'âge du malade et à l'existence d'une sclérose pulmonaire diffuse antérieure avec bronchite et emphysème.

OBERVATION XI

(P. Carrat)

L'auteur relate l'observation d'une malade âgée de 66 ans qui fait une pneumonie. Après la défervescence qui se fait le 8^e jour, on constate la persistance de signes physiques. La radioscopie montre une ombre assez opaque qui occupe tout le champ pulmonaire droit.

L'examen des crachats purulents ne montre pas de B. K.

Il s'agissait vraisemblablement d'une pneumonie dont les signes cliniques et radioscopiques persistaient très accusés après la défervescence. Rien ne permettait de songer à une complication pleurale. Il n'y avait pas de signes liquidien et à la radio le sinus costo diaphragmatique était clair. Par contre on était en droit de penser à la tuberculose pulmonaire à cause des antécédents du malade et de son passé pulmonaire ancien, et des signes cavitaires perçus pendant longtemps, enfin de l'expectoration purulente. Cependant, à de très nombreux exa-

mens d'expectations, on ne trouve pas de B. K., mais au contraire des pneumocoques.

L'image radiologique qui, au début, avait l'aspect pommelé de la bacilliose, s'est éclaircie peu à peu. Un traitement par auto-vaccin amène une amélioration progressive avec reprise du poids.

Trois mois et demi après le début, l'état général est bon, l'expectoration peu abondante, mais les signes persistent encore sous forme d'un foyer soufflant dans la région sous mamelonnaire droite. Quatre mois après, les signes physiques ont disparu.

En somme, il s'agit d'une pneumococcie pulmonaire prolongée avec signes pseudo-cavitaires longtemps persistants dans la région axillaire droite et dont la guérison ne fut à peu près complète que quatre mois et demi après le début.

OBSERVATION XII

(P. Carrat)

Dans cette observation, il s'agit d'un malade qui fait une pneumonie du lobe inférieur droit. La prolongation anormale du foyer hépatisé fait suspecter la bacilliose. Les signes d'auscultation ont persisté un mois après le début sans modifications notables. L'image radioscopique est un peu particulière et montre une zone sombre de forme qua-

drilataire, occupant toute la partie moyenne du champ pulmonaire droit.

OBSERVATION XIII

(P. Carrat)

Après avoir fait une pneumonie, on constate chez une malade la persistance des signes d'auscultation.

On pense à la tuberculose pulmonaire d'autant plus que le mari de cette femme était mort de tuberculose pulmonaire et qu'elle-même affirme tous les hivers, et qu'on percevait au sommet droit des râles de toute grosseur, dont quelques-uns rappelaient tout à fait les craquements humides de l'infiltration bacillaire commune.

L'examen radioscopique montrait une ombre triangulaire à base axillaire. Quant aux crachats, ils contenaient de nombreux pneumocoques et pas de B. K.

La guérison survint lentement et progressivement un mois après le début de l'affection.

Les signes physiques disparurent peu à peu. Quant à l'image radiologique, elle dura un peu plus longtemps (2 mois environ après le début).

OBSERVATION XIV

(M. Jean Cathala)

Nous publions ici l'observation de M. Jean Cathala, bien qu'il s'agisse là d'une pneumonie à rechutes, car elle jette un jour nouveau sur la pathogénie des pneumonies prolongées.

Un petit malade de 2 ans et demi fait une pneumonie franche aiguë nettement identifiée. On attend la défervescence qui ne se produit pas et vers le 10^e jour, la température monte à 40°, les signes bacillaires s'aggravent, mais les signes physiques ne se modifient ni dans le sens d'une évolution suppurative, ni dans celui d'une complication pleurale; pourtant l'état général devient grave, et, pour essayer de provoquer la crise, on fait une injection d'électrargol; la défervescence s'ébauche le jour même de l'injection; le 18^e jour, la température est à 37° 1, mais il ne s'est pas produit de crise franche.

Dans les jours qui suivent, le foyer pulmonaire se nettoie, les signes physiques s'effacent. On es-compte la guérison, mais le 29^e jour de la maladie, la température remonte brutalement. Les signes physiques permettent de reconnaître une rechute et l'examen physique montre un foyer de pneumonie du côté opposé à la première pneumonie. L'état

de l'enfant est grave, le petit malade est agité, la dyspnée excessive, il est pâle et il vomit. On fait une nouvelle injection de vaccin le 4^e jour de ce second foyer. Le lendemain, la température tombe à 36°5. La crise est alors franche, la température à 37°.

L'enfant reste pâle, fatigué, mais la modification brusque et totale dans l'état de l'enfant était vraiment caractéristique de la guérison.

DEFINITION

Qu'appelle-t-on pneumonie prolongée ?

Les pneumonies prolongées peuvent affecter différents aspects.

Les pneumonies doubles, les pneumonies migratrices, les pneumonies serpigneuses, les pneumonies à rechutes entrent dans le cadre des pneumonies prolongées. Mais nous n'envisagerons dans ce travail que les pneumonies à foyer unique et dans ce cas nous dirons qu'une pneumonie est prolongée quand les signes cliniques et les signes radiologiques persistent au delà des limites normales, alors que chez l'enfant, Ch. Gardère a pu dire qu'une pneumonie est prolongée, quand la défervescence ne s'est pas faite le onzième jour de la maladie, chez l'adulte, il faudra se baser sur la persistance anormale des signes cliniques et des signes radiologiques.

Si nous envisageons la température, nous constatons qu'habituellement la défervescence se produit entre le 7^e jour et le 10^e jour de la maladie.

Nous pouvons donc parler de pneumonie prolongée quand la défervescence ne s'est pas produite le 12^e jour ou le 13^e jour de la maladie. Il ne faut

dra pas tenir compte de la fièvre méta pneumonique, en général peu élevée, peu tardive, peu durable ; or, dans les pneumonies prolongées, la température persiste presque toujours élevée sans avoir présenté de défervescence ; d'ailleurs la persistance des signes généraux permettra de rejeter facilement l'hypothèse d'une infection méta pneumonique.

Quant aux signes d'auscultation, ils persistent en général plus longtemps que la fièvre.

La disparition des râles dans une pneumonie typique est lente ; le souffle tubaire devient de moins en moins net, les râles crépitants fins, secs, inspiratoires, persistent alors après le souffle, mais n'ont plus la finesse, ni la sécheresse des crépitants. Ce sont les râle crépitants de retour, s'entendant aux 2 temps de la respiration. Puis les râles deviennent de plus en plus rares et finissent par disparaître.

Dans les pneumonies prolongées, la durée des signes d'auscultation est très variable, le souffle pouvant persister 35, 50 jours et les râles pendant 2 et 3 mois.

Quant aux images radiologiques, elles persistent longtemps après la disparition des signes d'auscultation : il s'agit en général d'une image triangulaire qui s'estompe irrégulièrement. Des taches claires apparaissent alors dans la zone opaque, ce qui prouverait que la résolution se fait par flots successifs et non en un seul bloc. La partie juxta-axil-

laire est celle où l'opacité se maintient le plus longtemps : l'image triangulaire est enfin remplacée par une vague tache floue au milieu du champ pulmonaire, tache qui finit par disparaître à son tour ; en général, au bout de cinq semaines, la restitution *ad integrum* est la règle.

Dans les pneumonies prolongées, on observe une disparition plus lente de l'image radiologique, la zone opaque devient moins homogène, des taches claires apparaissent, l'image triangulaire diminue d'étendue, généralement des bords, vers le centre, mais cette disparition s'opère non plus en 5 semaines, mais en deux et quatre mois. Il persiste souvent comme le relatent certaines de nos observations, une légère bande floue, vestige de la limite inférieure de l'ombre triangulaire, ou une opacité très discrète et très limitée.

En résumé, nous voyons, comme le disent MM. Léon Bernard et M. Lamy :

« C'est bien la pneumonie elle-même qui a persisté d'une façon insolite, sans que l'on puisse accuser valablement un autre facteur ; souvent, il s'agit uniquement d'une résolution retardée du foyer, ainsi que l'accuse la persistance insolite des signes stéthacoustiques, mais parfois aussi, c'est tout le complexe clinique y compris la température qui

se prolonge, traduisant la survivance de l'activité pneumonique elle-même. »

L'étude de nos observations nous a montré :

Que les signes généraux ont persisté pendant un temps très variable, en particulier la température persista pendant plus d'un mois autour de 38° dans notre observation I.

Dans l'observation IV, on voit les signes généraux persister pendant plus d'un mois, et plus de quatre mois dans l'observation V.

De même les signes physiques persistèrent longtemps, après le début de l'affection, tantôt c'est le souffle tubaire qui persiste, tantôt ce sont les râles.

En particulier, un souffle tubaire typique persista pendant un mois dans les observations IV et X.

On note une disparition lente (1 mois) des signes physiques dans les observations XII et XIII.

Et dans deux de nos observations (VII et XI), les signes physiques persistèrent pendant quatre mois.

La guérison complète survint :

1 mois après le début de la maladie, dans l'observation XIII ;

1 mois et demi après le début de la maladie, dans l'observation III.

2 mois après le début de la maladie dans les observations I et II.

3 mois après le début de la maladie dans l'observation IV.

4 mois après le début de la maladie dans les observations V et VII.

Et même 4 mois et demi après le début de la maladie dans l'observation XI.

Comme nous l'avons vu, ce sont les signes radiologiques qui sont les derniers à disparaître en effet.

Dans l'observation I, on note deux mois après le début la persistance d'une sclérose inter-cleido-hilaire.

L'image redevint normale 2 mois après le début dans les observations III et XIII.

Dans l'observation IV, 3 mois après le début, on note une opacité très distincte et très limitée.

Dans l'observation X, l'image redevint normale trois mois et demi après le début de l'affection.

Enfin, l'observation V montre que neuf mois après le début, l'image n'est pas encore tout à fait normale.

PATHOGENIE

Pour expliquer ces faits, on a invoqué de nombreux facteurs :

MM. Caussade et Logre y voient des conditions anatomo-pathologiques particulières.

Pour ces auteurs, on trouverait dans les alvéoles pulmonaires une sérosité permettant la végétation indéfinie de pneumocoques virulents.

Dans la pneumonie typique, l'exsudat fibreux habituel qui se développe constitue un moyen de défense en enveloppant et en isolant les germes.

Dans les cas qui nous occupent, l'agent pathogène ne rencontrant pas les mêmes substances empêchantes, peut végéter dans cette sérosité alvéolaire pendant un temps indéterminé beaucoup plus long que dans la pneumonie fibrineuse, qui, elle, est de courte durée et cyclique. Cette sérosité ou cet œdème privent donc l'organisme de substances empêchantes, et par suite favorisent la vitalité du pneumocoque.

Cette vitalité jouerait pour les auteurs, un rôle beaucoup plus important, que celui de la virulence variable du pneumocoque, invoquée par d'autres auteurs pour expliquer ces pneumonies prolongées et traînantes.

En effet, si Ch. Gardère attribue volontiers cette prolongation à une moins grande virulence du pneumocoque, par contre, d'autres auteurs attribueraient ces faits à une hypervirulence du pneumocoque.

Peut-on admettre que le terrain joue un rôle important pour favoriser la prolongation de la maladie ? Chez notre malade en particulier (obs. I) peut-on incriminer le terrain éthylique et doit-on faire entrer ce cas dans le cadre des pneumonies des alcooliques ? Mais, connaissant la gravité habituelle de la pneumonie chez l'alcoolique, comment expliquer alors la guérison totale de notre malade, l'absence totale des phénomènes associés, en particuliers de phénomènes nerveux et hépatiques si fréquents chez ces sujets tarés. Il semble bien, pourtant, qu'un pneumocoque assez virulent pour prolonger ainsi l'affection aurait dû provoquer des complications rapides et graves.

Mais un élément nouveau qui contribue à expliquer l'influence du terrain, nous est fourni par l'observation de M. Jean Cathala à propos d'un enfant de deux ans et demi (obs. XIV).

Dans ce cas, nous voyons qu'une transformation du terrain s'est opérée pendant le temps qui a séparé la première pneumonie de la rechute, c'est-à-dire trois semaines environ ; alors que la

première pneumonie a traîné pendant trois semaines, la seconde pneumonie a guéri en cinq jours.

Or, l'agent pathogène a toujours été le même pneumocoque, il faut donc admettre que c'est le terrain qui s'est modifié ; modification qui tiendrait à deux causes, dit M. Jean Cathala : « La maladie première qui a permis à l'organisme de développer, ou d'acquérir, des propriétés nouvelles vis-à-vis du germe, et le temps nécessaire à l'acquisition de cet état allergique. »

Or, Cottoni explique la crise pneumonique de la manière suivante ; on lit dans son mémoire :

« Si nous admettons, chose qui paraît évidente, que la crise résulte du conflit des anticorps et de l'antigène, nous ne croyons pas qu'on puisse, à l'heure actuelle, concevoir autrement la crise pneumonique que comme un phénomène d'hypersensibilité. »

Vu son âge, 2 ans et demi, l'enfant n'a pas opposé suffisamment d'anticorps à l'antigène pneumonique pour déclencher la crise. Alors qu'après sa rechute la pneumonie a évolué de façon classique, ceci est dû, à ce que dans ce dernier cas, les anticorps sont montés à un taux suffisamment élevé à la faveur de la première infection.

Nous pouvons assimiler les réactions qu'oppose l'enfant à l'infection pneumonique à celles qu'op-

poseraient des organismes neufs, tels que ceux des nègres; les expériences qui ont été faites à ce sujet ont prouvé que des nègres immunisés par des injections préventives de sérum anti-pneumonique, font lorsqu'ils sont soumis à une infection pneumococcique des réactions moins graves que d'autres sujets non immunisés.

Enfin, avant de quitter la question du terrain, nous citerons la « pneumonie hyperplasique » de Tripier et Bot. Elle survient chez des sujets à cœur hypertrophié par lésions vasculaires ou par sclérose cardio-rénal. La pneumonie prend alors une allure spéciale qui serait due à l'organisation et à la transformation en tissus fibroïde de l'exsudat fibrineux alvéolaire. Ces pneumonies se terminent par la mort en 6 ou 8 semaines.

Nous avons vu que l'âge peut avoir une grosse influence sur l'évolution d'une pneumonie. Un enfant de 2 ans ne réagira pas vis-à-vis d'un même germe comme un enfant de quatre à cinq ans. A 2 ans, l'enfant n'a pas eu le temps d'accumuler dans son organisme suffisamment d'anticorps pour lutter efficacement contre l'infection.

D'autre part, chez l'enfant, on a incriminé pour expliquer les pneumonies prolongées une infection

antérieure telle que la grippe, l'adénoïdite, ou toute autre lésion du rhino-pharynx.

Enfin, on peut invoquer la gravité plus grande de l'infection pneumonique entraînant une altération plus profonde, et plus durable, de l'état général. M. Comby, a même rapporté, des observations de pneumonies à forme typhoïde, ayant duré de 13 à 15 jours.

Dans certains cas, la fièvre persiste au delà de huit jours, la défervescence se fait le 14^e jour et l'on ne trouve rien dans le foyer pulmonaire qui n'explique cette défervescence tardive, ou bien la défervescence se fait le 6^e ou 8^e jour, mais le foyer pneumonique est long à guérir et les signes persistent pendant 3 semaines.

Au point de vue clinique, Weill et Gardère admettent 3 types :

a) Un premier type où la fièvre décrit de grandes oscillations ; cette température retentit peu sur l'état général et est symptomatique d'un foyer pulmonaire ; elle serait en relation avec la persistance d'une pneumonie de virulence atténuée.

b) Un second type est réalisé par la pneumonie du sommet qui se prolonge au delà des limites normales.

La constatation des râles, ou souffles joints à

la fièvre font porter le diagnostic de tuberculose aiguë : diagnostic redressé par la radio et la cuti-réaction.

c) Enfin, un troisième type est réalisé par une série de petits foyers de congestions pulmonaires, qui font penser à une broncho-pneumonie tuberculeuse. Weill et Gardère insistent sur l'utilité de la radiographie et de la cuti-réaction pour éclairer le diagnostic.

La radioscopie montre des ombres pulmonaires transitoires et variables qui n'ont nullement la persistance et la fixité des ombres dues à la tuberculose. La cuti-réaction répétée reste négative.

Le Professeur Lereboullet, dans une de ses leçons, montre « qu'il y a des pneumonies prolongées chez l'enfant, liées ou non à l'association de manifestations pleurales et qui revêtent volontiers l'aspect de broncho-pneumonie traînante simulant la tuberculose.

« Dans ces cas, il faut donc savoir ne pas se hâter de porter le diagnostic de tuberculose. Il faut chercher le pneumocoque et les bacilles de Koch par l'examen des crachats ». « Par la radiographie, il faut chercher s'il y a des manifestations permettant d'affirmer la tuberculose, soit au niveau du sommet, soit dans les ganglions trachéo-bronchi-

ques, et ne faire le diagnostic de tuberculose qu'avec des preuves cliniques ou bactériologiques suffisantes.

« Sans doute, il ne faut pas voir le pneumocoque partout, mais il est toujours important aussi de ne pas méconnaître de tels faits dans lesquels la guérison peut être obtenue. »

Pour terminer la pathogénie, il nous reste à envisager les cas où l'évolution prolongée a pour cause une affection pulmonaire antérieure.

En particulier, l'observation X montre qu'il existait avant la pneumonie, une sclérose pulmonaire diffuse avec bronchite et emphysème. On peut se demander dans quelle mesure cette atteinte pulmonaire préexistante a pu contribuer à prolonger l'évolution de la pneumonie ; c'est d'ailleurs l'avis de l'auteur.

De même dans l'observation XIII, notre malade tousse tous les hivers, présentant une fragilité pulmonaire qui pourrait expliquer également cette évolution prolongée.

Par contre, dans la plupart de nos observations, on ne retrouve pas d'antécédents pulmonaires qui puissent expliquer une semblable évolution.

DIAGNOSTIC

C'est M. G. Caussade qui, un des premiers, signalant la possibilité des pneumonies prolongées, insiste sur la confusion possible de ces affections avec la tuberculose pulmonaire.

Depuis, tous les auteurs se sont attardés à mettre en valeur tous les signes distinctifs entre ces 2 affections.

En effet, l'importance de ce diagnostic est considérable, car une erreur de diagnostic peut entraîner à des abus thérapeutiques graves : on applique au malade un traitement anti-tuberculeux qui est inutile, sinon nuisible ; tantôt il s'agit d'injection de sels d'or et une de nos observations (obs. VI) relate qu'une femme a reçu 6 grammes 5 de chrysabline ; d'autre fois, on peut instaurer un pneumothorax artificiel qui ne conduit qu'à de mauvais résultats.

Dans l'obs. V, nous voyons que chez cet enfant, le pneumothorax a été envisagé et s'il n'a pas été fait, c'est parce qu'un certain nombre de faits cliniques, radiologiques et bactériologiques ne concordaient pas avec le diagnostic de tuberculose.

Mais que la clinique et la radiologie donneront

des résultats, qui, dans certains cas, peuvent entretenir la confusion, la bactériologie apporte la clé du diagnostic en confirmant la présence de pneumocoques dans l'expectoration et surtout l'absence de B. K.

Le diagnostic positif de ces pneumonies prolongées est facile au début, puisqu'elles présentent en général tous les signes classiques de la pneumonie. Plus tard, le diagnostic devient plus délicat.

A cause de la longue durée de la maladie, de l'amaigrissement, de la persistance de la fièvre, on est en droit de se demander si tous ces phénomènes tiennent bien à la maladie pulmonaire elle-même et ne seraient pas dus à une complication, ou encore si c'est bien uniquement le pneumocoque qui est en cause.

Logiquement, on pense d'abord à la tuberculose pulmonaire et c'est ce diagnostic qu'il s'agit d'éliminer, ce qui est capital.

Bien que ce soit le diagnostic de tuberculose pulmonaire qui retienne toute notre attention, nous penserons d'abord à éliminer la pneumonie grippale, dont l'identité est encore très discutée, qui se localise au sommet, qui évolue de manière très atypique avec des récidives, des rechutes, et entraînant parfois la mort. Quant à l'hépatisation grise à laquelle on serait également en droit de penser, en présence d'une défervescence qui ne se produit

pas au 9^e jour, différents signes nous permettent d'écarter ce diagnostic : le tableau de l'hépatisation grise est bien différent de celui de la pneumonie qui se prolonge. Cette grave complication se caractérise en effet par des signes généraux intenses, un pouls rapide, une langue sèche, souvent le foie est un peu gros ; l'expectoration est abondante, purulente, noirâtre jus de pruneaux. Les signes physiques traduisent une désintégration parenchymateuse intense.

L'état général est très altéré et l'évolution se fait en 2 ou 3 semaines vers la mort, dans l'adynamie et le collapsus cardiaque.

En somme, nous voyons que le gros diagnostic qu'il s'agit d'éliminer est celui de la tuberculose pulmonaire.

Ce diagnostic comprendra 3 étapes :

Une étape clinique ;

Une étape radiologique ;

Une étape bactériologique.

1) *Etape clinique.*

L'étude des antécédents fournit d'abord des renseignements précieux. La constatation chez un sujet porteur d'une lésion fibro-caséuse ou fibreuse d'un sommet, d'une affection antérieure pulmonaire ou

pleurale d'origine bacillaire certaine, oriente le diagnostic vers la tuberculose pulmonaire et on rattachera l'affection pneumonique actuelle à la tuberculose ; mais chez la plupart des sujets on ne retrouve pas d'antécédents tuberculeux.

D'autre part, il semble que chez un malade porteur d'une lésion tuberculeuse confirmée, qui présente un processus pneumonique, l'on doive rattacher ce dernier à la tuberculose pulmonaire et le considérer comme un processus tuberculeux ; mais ceci n'a rien d'absolu, un tuberculeux pouvant très bien faire une pneumonie franche à pneumocoque.

L'étude des signes fonctionnels va nous montrer combien l'évolution clinique d'une pneumonie tuberculeuse diffère sur certains points de celle d'une pneumonie franche même prolongée et l'examen attentif des différents symptômes pourra quelquefois donner des renseignements précieux, relatifs à la nature du germe en cause.

Le début des pneumonies tuberculeuses est lui aussi caractérisé par la même soudaineté et la même brutalité que celui qui caractérise le début de la pneumonie classique, le frisson violent, le point de côté, la température qui s'élève à 40°. Toutefois, une particularité est à signaler, c'est que le plus souvent, ni l'intensité, ni la brusquerie ne sont aussi marquées que dans la pneumonie franche : la tem-

pérature monte à 39°, rarement à 40°, et oscille aussi autour de 38°5.

Le début n'est primitif qu'en apparence ; en réalité, il est précédé d'une longue période prodromique pendant laquelle l'état général décline progressivement. A ce moment, aucune lésion pulmonaire n'est appréciable, et, à cette phase de faiblesse et d'amaigrissement succèdent un jour les phénomènes aigus.

Les signes fonctionnels sont aussi moins intenses que dans la pneumonie franche. La toux est quinteuse, la dyspnée modérée : l'expectoration n'est jamais franchement rouillée, mais muco-purulente.

Les signes généraux présentent un réel intérêt ; la courbe thermique est irrégulière, longue et témoigne d'un processus anatomique où la pneumonie n'est pas seule en cause.

La courbe de la température est irrégulière, elle oscille entre 38°1 et 39°2. Elle tombe parfois brutalement à la normale pour remonter ensuite à 39°.

L'affection traîne en longueur.

Cette pneumonie tuberculeuse est individualisée par sa longue évolution, sa courbe thermique irrégulière.

De plus l'hépatisation pulmonaire de la pneu-

monie tuberculeuse, se différencie de l'hépatisation pneumonique antérieure par un certain nombre de particularités auxquelles nous attribuons une grande importance.

Ces particularités sont :

1. La période prodromique d'amaigrissement et de troubles généraux, que l'on ne retrouve jamais dans les jours qui précèdent une pneumonie franche.

2. Le début est brutal, mais moins soudain que celui de la pneumonie, et en effet beaucoup d'auteurs et en particulier M. Léon Bernard et M. Lamy, font remarquer qu'en présence d'un début brutal, l'on doit se pencher vers le pneumocoque et non pas vers le bacille de Koch.

Néanmoins, il ne faut pas oublier que le début peut être aussi brusque, dans les tuberculoses pulmonaires de surinfection comme l'ont bien montré les travaux de M. Rist.

3. Enfin, l'absence habituelle d'herpès dans la pneumonie tuberculeuse, alors qu'il existe presque toujours au début d'une affection pneumococcique.

Nous retrouvons une éruption herpétique chez notre malade, nous la retrouvons également dans trois autres de nos observations (III, V, VIII).

M. Léon Bernard et M. Lamy insistent, et nous

insistons avec eux, sur l'importance diagnostique de l'herpès au début d'une pneumopathie aiguë ; elle est nettement en faveur de la nature pneumococcique de l'affection.

M. Rist et Mlle Blanchy insistent également sur la valeur de l'herpès qui, disent-ils, « ne se voit jamais dans l'épisode aigu tuberculeux ; il a de ce fait une grande valeur diagnostique en faveur de la pneumonie franche. »

Enfin, en faveur de la pneumonie tuberculeuse, nous avons vu plus haut l'importance de l'irrégularité de la courbe thermique, qui s'oppose au tracé fébrile régulier de la pneumonie.

Quant aux signes physiques, ils sont bien moins intenses quand il s'agit d'une pneumonie tuberculeuse.

Beaucoup d'auteurs ont fait observer combien l'intensité des signes physiques était en faveur de la pneumonie. La lecture de nos observations coïncide avec cette affirmation car sur 14 observations, six d'entre elles, montrent des signes physiques particulièrement intenses.

De tous ces signes, que nous venons de voir, aucun d'eux n'a une valeur absolue. Nous allons voir que la radiologie, si elle ne peut apporter un élément de diagnostic certain, contribue pourtant grandement à aider au diagnostic.

2) *Etape radiologique.*

En effet, dans notre cas (obs. I), la radiologie nous fut d'un grand secours en nous permettant par comparaison des clichés de suivre l'évolution régressive du bloc pulmonaire. Toutefois, certaines radiographies, en montrant un aspect non homogène un peu déconcertant, ne simplifiaient pas la question.

Nous avons vu que l'image généralement observée dans la pneumonie, est une image triangulaire, image que Weill et Mouriquand ont eu le mérite de décrire les premiers à propos de la pneumonie infantile.

Cette image triangulaire peut également s'observer comme l'a montré Barjon, au cours de la pneumonie tuberculeuse, mais dans ces cas, il y a en général coexistence d'autres signes radiologiques (pommelures ou marbrures) du même côté ou du côté opposé.

Cependant, dans certains cas de pneumonies tuberculeuses observées tout à leur début, donnent une image triangulaire sans autres lésions adjacentes. Le diagnostic offre alors beaucoup de difficultés. On peut donc observer une ombre triangulaire non seulement dans les processus pneumoniques classiques, mais aussi dans les pneumonies tuberculeuses.

D'ailleurs, il ne saurait y avoir d'opposition à cela, car si l'on admet avec Tripier que la tuberculose pulmonaire débute et procède par poussées pneumoniques successives, il n'est, par suite, pas surprenant que les diverses images radiologiques données par la pneumonie franche, puissent être également fournies par les processus tuberculeux.

Inversement, si le triangle radiologique est possible dans la tuberculose pulmonaire, M. Rist a observé des taches macro-nodulaires dans des infections pneumoniques typiques et M. Cain a vu à la radiographie des opacités nodulaires chez un malade âgé de 22 ans, qui présentait une affection pulmonaire aiguë et dont le diagnostic hésitait entre une pneumonie franche et une tuberculose pulmonaire. L'aspect radiologique est celui d'une broncho-pneumonie tuberculeuse.

Le cliché montrait que toute la partie inférieure du poumon droit était parsemée de taches denses et nodulaires à contours plus ou moins estompés : les hiles étaient très chargés, tandis que la base gauche était recouverte d'un voile gris sous lequel transparaissaient des formations nodulaires. Les deux sommets étaient intacts.

Mais si les clichés conduisaient à porter le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse, les examens de laboratoire étaient en opposition avec cette interprétation.

Enfin, comme nous l'avons vu au moment de la résolution de la pneumonie, on peut observer un aspect pommelé dû à ce que le foyer ne se résout pas d'un bloc, mais par régions successives et il faut se garder d'interpréter ces images comme de la tuberculose pulmonaire.

Quant aux séquelles radiologiques, nos observations nous ont montré qu'elles pouvaient persister longtemps.

M. Rist en a vu qui ont persisté pendant plus d'un an et inversement, le nettoyage radiologique même parfait de ces images, ne permet pas de conclure formellement contre la tuberculose pulmonaire, celle-ci peut se développer comme l'a rappelé M. Caussade plusieurs mois après une pneumonie prolongée.

3) *Etape bactériologique.*

Si, comme nous venons de le voir, la clinique et la radiologie n'apportaient au diagnostic que des présomptions, l'examen bactériologique apporte l'élément de certitude, en montrant :

d'une part la présence de pneumocoques dans l'expectoration, et d'autre part l'absence de bacilles de Koch.

Le diplocoque de Talamon Franckle sera décelé par la méthode courante du Gram.

On notera l'abondance plus ou moins grande en microbe et sa virulence par l'inoculation à la souris.

Le B. K. sera recherché par l'examen direct des crachats, au besoin par homogénéisation et inoculation au cobaye.

La présence de pneumocoque dans les crachats n'a de valeur séméiologique que s'il est trouvé en grande abondance.

D'autre part, chez un bacillaire qui présente des signes de tuberculose aiguë, on peut observer dans les crachats des pneumocoques au début de l'évolution de ce foyer tuberculeux, et l'apparition plus tardive de bacilles de Koch.

La constatation des bacilles de Koch a une valeur absolue ;

Mais elle n'est possible que si le malade crache suffisamment ; si l'expectoration est insignifiante, on lui donnera de l'iodure ou du kermes.

Si, au contraire, l'expectoration est abondante et purulente, et qu'on ne trouve pas de B. K., on peut éliminer la tuberculose.

L'inoculation au cobaye est parfois nécessaire. Chez l'enfant, la recherche des B. K. sera faite dans le liquide obtenu après lavage d'estomac.

A côté de la recherche des B.K., un gros élément de diagnostic est apporté par la cuti-réaction à la tuberculine. Positive, elle établirait la nature tuberculeuse du processus pneumonique ; mais son

interprétation positive ou négative est souvent délicate. Il ne faut pas oublier aussi que l'infection tuberculeuse peut s'associer à l'infection pneumonique.

Enfin, un examen de laboratoire qui peut aider au diagnostic tant chez l'adulte que chez l'enfant, est la recherche de la leucocytose.

Cette leucocytose serait pour M. Lemierre un bon signe en faveur de la pneumonie franche aiguë et cet auteur dit qu'il ne faut pas manquer de le rechercher dans les formes prolongées où le diagnostic reste souvent hésitant.

En résumé, nous voyons que, d'après nos observations, le diagnostic entre les pneumonies prolongées et la tuberculose pulmonaire devra se baser, en faveur de la pneumonie sur les éléments suivants :

L'extrême brutalité du début ;

La notion d'une éruption herpétique ;

L'intensité des signes physiques ;

La constatation enfin d'une ombre radiologique triangulaire.

Mais seule la constatation de bacilles de Koch dans l'expectoration permet de trancher le diagnostic entre ces deux affections pulmonaires.

PRONOSTIC

Quant au pronostic, malgré la longue durée de leur évolution, ces pneumonies prolongées se terminent par la guérison.

Sans doute, la convalescence est longue et pénible, mais les lésions pulmonaires finissent par disparaître progressivement.

En général on peut dire qu'une pneumonie qui dure au delà du terme normal, alors qu'il n'existe pas de complications, se termine par la guérison dans l'immense majorité des cas, mais comme le montre l'observation de M. Caussade (obs. VIII), on ne peut écarter complètement la crainte d'une évolution tuberculeuse ultérieure survenant comme complication.

D'autre part, il semble que l'évolution prolongée de ces pneumonies favorise le développement d'une sclérose pulmonaire post-pneumonique rapidement évolutive.

M. Rist a pu dire récemment :

« Peut-être des séquelles radiologiques trouvées dans des pneumonies non tuberculeuses entraînent-elles une atteinte plus sévère du parenchyme pulmonaire laissant après elles une tendance à la sclérose. »

CONCLUSIONS

1) Il existe des pneumonies prolongées dans lesquelles la durée de la maladie peut être de plusieurs semaines, et même de plusieurs mois, par simple prolongation de l'infection pneumococcique primitive et indépendamment de toute autre lésion, due à d'autres germes, ou de toute localisation extra pulmonaire.

2) Les pneumonies prolongées au cours de leur évolution, peuvent en imposer pour une tuberculose pulmonaire : en effet, tous les signes, tant cliniques que radiologiques, peuvent prêter à erreur.

3) Cependant, on pourra baser un diagnostic positif de pneumonie prolongée sur la brutalité du début, sur la notion d'une éruption herpétique, sur l'intensité des signes physiques, enfin sur la constatation d'une ombre radiologique triangulaire.

4) Mais on ne peut affirmer d'une manière absolue la nature pneumococcique de l'affection que par des examens de laboratoire :

Présence de pneumocoques dans les crachats

et surtout absence de bacille de Koch à des examens répétés; chez l'enfant, négativité de la cuti-réaction.

5) L'existence de ces pneumonies prolongées doit être bien connue, leur méconnaissance pouvant entraîner des abus thérapeutiques préjudiciables aux malades.

6) L'évolution se fait en général vers la résolution. La guérison est de règle.

On a cependant rapporté des cas où une évolution tuberculeuse ultérieure est survenue comme complication tardive quelques mois après une pneumonie prolongée.

Vu, *Le Doyen* :
G. ROUSSY.

Vu, *Le Président* :
ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- L. BERNARD et M. LAMY. — Pneumonies prolongées simulant la tuberculose. Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris. Séance du 12 mai 1933.
- G. CAUSSADE. — A propos des pneumonies simulant la tuberculose. Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Séance du 26 mai 1933.
- RIST et Mlle BLANCHY. — Séquelles radiologiques des pneumonies non tuberculeuses de l'enfant et de l'adulte. Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris. Séance du 12 mai 1933.
- RIST. — Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et sa localisation lobaire. Revue de la Tuberculose (1932, tome XI).
- André CAIN, OURY et Mlle BARNAUD. — Pneumococcie pulmonaire aiguë curable. Image radiologique simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse. Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Séance du 4 novembre 1932.
- DUVOIR, POLLET et COUDER. — Pneumonie à rechutes avec séquelles persistantes et développement rapide d'une sclérose pulmonaire. Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris. Séance du 20 octobre 1933.
- CAUSSADE, UNILHIT et DE JONG. — Œdèmes infectieux au cours d'infections pulmonaires. Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris. 1906, N° 6, p. 160.
- CAUSSADE et P. QUESTE. — De quelques congestions œdèmes localisés à usommet des poumons, simulant la tuberculose et de quelques congestions pulmonaires pré-tuberculeuses. Presse médicale, 1909, n° 56.
- CAUSSADE et Ch. LAUBRY. — Congestions pulmonaires à forme mois et demi) et la persistance de la virulence du pneumocoque de Talamon Frankel, pendant toute cette période. Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris, 1899, N° 10.
- CARRAT. — Les pneumonies pulmonaires traînantes et prolongées chez l'adulte. (Med. d'Alsace et de Lorraine, 1926, tome V).

- J. CATHALA. — Pneumonie prolongée à rechutes de l'enfance.
Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris, 7 juin 1928, N° 19.
- LEREBoullet. — Les pneumonies prolongées. Paris Médical,
8 septembre 1923.
- LONGOT. — Les pneumonies prolongées. (Revue de Médecine
de l'Est et Bull. Soc. Méd. de Nancy, 1^{er} janvier 1931).
- VEILLET. — Les pneumonies prolongées. Bourgogne médicale
n° 8, sept. 1929.
- MOURIQUAND et GARDÈRE. — Une forme particulière de la pneu-
monie en casque. La Médecine, p. 614.
- DURAND. — Pneumonie pseudo-tuberculeuse chez l'enfant. La
Médecine, 1933, p. 597.

